

## ÜBERLEITUNGSANTRAG

### **1. Personalien**

Name: .....Geburtsname: .....

Vorname: .....Geburtsdatum: .....

Beruf:  Arzt       Tierarzt

Neue Adresse: .....

Alte Adresse: .....

Telefonnummer: .....  
(Angabe freiwillig)

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig?     ja     nein

### **2. Tätigkeit im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung:**

Ich bin seit .....in eigener Praxis tätig.

Ich bin seit .....angestellt tätig als .....

Arbeitgeber/ Praxisanschrift: .....

### **3. Mitgliedschaft in der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung:**

Versorgungseinrichtung: .....

Dauer der Mitgliedschaft: vom .....bis .....

Mitgl.-Nr. ....  
(Angabe freiwillig)

#### **4. Antrag**

Ich beantrage hiermit, meine an die unter Nr. 3 genannte bisherige Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge zu meinen Gunsten an die

.....  
(neu zuständige Versorgungseinrichtung),

überzuleiten und versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung **keine** Berufsunfähigkeitsrente beantragt habe und zum Zeitpunkt der Verlegung der Berufstätigkeit **nicht** berufsunfähig gewesen bin.

Die im Formular gemachten Pflichtangaben sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrags der Sächsischen Ärzteversorgung notwendig und erforderlich. Sie werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

---

Ort, Datum

---

**Unterschrift**

#### **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend freiwillig gemachten Angaben zur Vereinfachung der Kommunikation gemäß den aktuell geltenden Datenschutzregelungen verarbeitet werden. Die Einwilligung zur Verwendung der freiwillig gemachten Angaben kann jederzeit für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden. Der Widerruf kann per Post, Fax oder E-Mail an die Sächsische Ärzteversorgung übermittelt werden.

Ihre Daten werden von der Sächsischen Ärzteversorgung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur dann an externe Empfänger weitergegeben, sofern dies zur Abwicklung oder Bearbeitung Ihres Anliegens erforderlich ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt, oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht. Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage [www.saev.de](http://www.saev.de).

---

Ort, Datum

---

**Unterschrift**